

科目	款	項	目
期日			
支給額	円		

承認書	常務理事	事務長	係

資格	得	
	喪	

**被保険者**  
**療養費・療養付加金支給申請書**  
**被扶養者** ( 第 回 )

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名と生年月日	印		
	③被保険者の 住所	〒 - TEL - - (生年月日) 昭・平 年 月 日				
	④事業所の名称 及び所在地	(名称)	(所在地)			
	⑤被扶養者に関 する申請のとき	氏名	生年月日	被保険者との続柄		
	⑥傷病名	⑦発病又は 負傷の年月日		年	月	日
	⑧発病又は負傷の 原因及びその経過					
	⑨診療を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称 所在地	医師 氏名			
	⑩診療の期間	年 月 日から	年 月 日まで	(日数)	⑪入院・ 外来の別	入院 外来
	⑫入院の場合 入院期間	平成 年 月 日から	日間	⑬診療に要し た費用の額	円	
	⑭診療の内容					
	⑮療養の給付を 受けなかった理由	⑯第三者行為に よるものですか		はい	いいえ	
	H18.10			⑰	平成	年 月 日

~~~~~ 受付日付印 ~~~~~

※この申請に基づく給付金は事業主を経由し、支給します。  
 ※支給決定額は「給付金支給決定通知書兼医療費のお知らせ」にてお知らせします。

【収集する個人情報について】  
 本申請書に記入された個人情報は、本申請に係る業務処理の目的にのみ使用し、他の目的には使用いたしません。